



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
REVISÃO INTEGRATIVA

RECIFE-PE

2024

LANAY KATALYNE DE SOUZA SILVA
VINICIUS ALVES DE FREITAS

**SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:
REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso em formato de artigo científico, apresentado à coordenação do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cândida Maria Rodrigues dos Santos.

*Trabalho elaborado seguindo as normas da revista REBEn.

RECIFE-PE

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

1 Silva, 2 Freitas, 1 Lanay Katalyne De Souza, 2 Vinicius Alves De.

Saúde mental de adolescentes na atenção primária à saúde: revisão
integrativa / 1 Lanay Katalyne De Souza, 2 Vinicius Alves De 1 Silva, 2
Freitas. - Recife, 2024.

42, tab.

Orientador(a): Cândida Maria Rodrigues Dos Santos

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Enfermagem - Bacharelado, 2024.

1. Saúde Mental. 2. Adolescentes. 3. Atenção Primária à saúde. I. Santos,
Cândida Maria Rodrigues Dos. (Orientação). II. Título.

370 CDD (22.ed.)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por nunca sair do meu lado e por guiar meus passos até aqui.

À minha mãe, exemplo de mulher que sempre se comprometeu e se esforçou para que eu chegasse aonde estou hoje. Obrigado por me manter de pé durante todos esses anos e por nunca desistir de mim.

Ao meu pai, que tantas vezes se disponibilizou e ajudou em cada etapa deste processo.

Às minhas irmãs, que me mostram todos os dias o significado mais puro do amor, meu carinho e gratidão

À toda a minha família, em especial à Tia Sheila e ao Tio Jadilson, minha gratidão por todo o apoio e suporte. Eu não teria chegado até aqui sem vocês."

Ao meu namorado, por ser um incrível companheiro, amigo, e por sempre segurar a minha mão e me apoiar em todos os momentos, sejam eles simples ou difíceis.

Às minhas avós, Jacira e Marluce, que, de onde estão, sei que estão felizes por mim e por essa conquista. Sinto profundamente a presença e a força de vocês em cada etapa da minha vida.

A todos os amigos que trouxeram essa experiência mais leve e cheia de memórias inesquecíveis, em especial a Ray, e aos meus queridos amigos do cursinho, que estão comigo desde 2018. Vocês tornaram essa caminhada mais especial.

As minhas duas amigas da graduação, Laís e Lanay, dupla de TCC, com quem compartilho momentos de risadas, desafios e muito aprendizado desde o início dessa jornada.

Por fim, minha professora e orientadora, Cândida Maria, pela paciência, cuidado e carinho. Por se disponibilizar, ajudar e estar presente de forma leve e constante na construção deste TCC.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de expressar minha mais profunda gratidão a Deus, que sempre foi tão bondoso comigo, cuja presença constante e orientação iluminaram meu caminho durante toda a realização deste trabalho.

Em memória do meu querido pai, Josivaldo José da Silva, a pessoa mais admirável que já conheci. Ele foi meu exemplo e maior incentivador. A ele, minha eterna gratidão, respeito e amor.

Agradeço profundamente à minha família pelo amor incondicional, apoio constante e encorajamento em cada etapa deste percurso. À minha mãe, Maria Lúcia, e ao meu irmão, Josivaldo, sou imensamente grata por acreditarem em mim e por estarem sempre ao meu lado. Serei eternamente grata pelos sacrifícios que fizeram para que eu pudesse concluir esta faculdade.

Um agradecimento especial à minha professora e orientadora, Cândida, por sua orientação sábia e dedicada. Seu apoio constante e paciência foram essenciais para a conclusão deste trabalho. Agradeço pela confiança depositada em mim e pela forma cuidadosa e experiente com que me guiou ao longo deste processo.

Não posso deixar de mencionar meus amigos, que tiveram um papel fundamental nesta jornada. Agradeço a cada um de vocês pelo incentivo, pelas conversas inspiradoras e pelo apoio nas horas de estresse.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO	9
3 METODOLOGIA	9
4 RESULTADOS.....	13
5 DISCUSSÃO.....	19
5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	21
5.2 CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM, SAÚDE OU POLÍTICA PÚBLICA.....	21
6 CONCLUSÕES	23
REFERÊNCIAS	24
ANEXOS.....	28

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde adota as diretrizes estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), nas quais a adolescência abrange o período dos 10 aos 19 anos, 11 meses e 29 dias, enquanto a juventude compreende os 15 aos 24 anos¹. Dessa forma, os últimos anos da adolescência coincidem com os primeiros anos da juventude. Além disso, o Ministério da Saúde utiliza o termo "pessoas jovens" para referir-se ao grupo que engloba tanto adolescentes quanto jovens, abarcando a faixa etária abrangente de 10 a 24 anos².

Adolescentes têm direitos e requerem atenção prioritária nas iniciativas de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS), em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tem a responsabilidade de assegurar o direito à vida e à saúde para crianças e adolescentes. Isso implica que esses indivíduos devem receber cuidados abrangentes de saúde, envolvendo um acesso universal e equitativo aos serviços em todas as esferas de atenção, de maneira integral e integrada³.

Conforme estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental é definida como um estado de bem-estar em que o indivíduo pode empregar suas habilidades, superar o estresse cotidiano, ser produtivo e contribuir para sua comunidade. Contudo, a compreensão da complexidade na formação do ser humano requer uma análise mais profunda deste período específico da vida, levando em conta as diversas experiências e interações sociais que o moldam⁴.

Quando uma criança ou adolescente apresenta algum nível de angústia, medo ou conflito intenso, é imperativo considerar esse componente emocional e relacional significativo para garantir um tratamento eficaz da sua saúde. Muitos sintomas físicos têm suas raízes em situações de sofrimento psíquico de diversas origens⁵.

A adolescência é uma fase fundamental do desenvolvimento humano. As rápidas mudanças biológicas e psicossociais que ocorrem durante a segunda década afetam todos os aspectos da vida dos adolescentes. Estas mudanças fazem da adolescência um período único no ciclo de vida e um momento importante para estabelecer as bases para uma boa saúde na idade adulta⁵. Quando se trata das principais necessidades de saúde dos adolescentes, destaca-se que a saúde mental tem um lugar de destaque nos dias de hoje. Isso se deve ao fato de que o número de casos de sofrimento psicológico entre essa faixa etária aumentou consideravelmente nos últimos anos⁶.

Em geral, a adolescência não registra altos índices de doença ou mortalidade em comparação com outras fases da vida humana⁷. No entanto, alguns indivíduos enfrentam intensas mudanças durante esse período e precisam se adaptar a novas situações, o que pode resultar em algum grau de sofrimento emocional⁸, que pode impactar o desenvolvimento em várias áreas, como a escolar, familiar e/ou afetiva. Como resultado, esses jovens podem se tornar mais vulneráveis a

comportamentos prejudiciais à saúde, como autolesão, o que tem sido a causa predominante de atendimentos de crianças e adolescentes em serviços de emergência⁷.

Pesquisas têm indicado que a adolescência é uma fase da vida mais suscetível à vivência de sofrimento psíquico. Essa susceptibilidade tem sido associada ao crescente aumento nas taxas de suicídio entre adolescentes, bem como à tendência de medicalização nesse grupo etário⁹. Assim, entender os elementos que contribuem para o sofrimento psicológico nesses jovens é crucial para reconhecer e intervir nos problemas de saúde que surgem nessa fase, especialmente em questões como abuso de substâncias, inatividade física, obesidade, sexualidade e transtornos mentais. Dentre os fatores de risco para questões de saúde mental na adolescência, é importante destacar ainda a violência (incluindo o bullying), a pobreza, a humilhação, a sensação de desvalorização, o ambiente familiar, viver em instituições de adoção, condições sociodemográficas, entre outros¹⁰.

A promoção da saúde para os adolescentes vai além da prevenção de comportamentos de risco, abrangendo aspectos relacionados à qualidade de vida, satisfação pessoal, desenvolvimento de competências sociais, proteção contra violência, acesso a condições básicas de vida, moradia, educação, lazer e saúde, entre outros. Embora existam políticas públicas destinadas a aprimorar as condições de saúde dos adolescentes nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), estudos indicam práticas fragmentadas, fundamentadas no modelo biomédico, que não contemplam as dimensões biopsicossociais no cuidado e oferecem uma abordagem limitada às peculiaridades dos adolescentes¹¹.

O cuidado às crianças e adolescentes tem se concentrado principalmente nos problemas de saúde, negligenciando os determinantes sociais que estão intimamente ligados às condições de saúde. Estar em um contexto de vulnerabilidade aumenta os riscos e as chances de comprometer o desenvolvimento das crianças e adolescentes, mas esse aspecto muitas vezes não é adequadamente considerado⁶.

A Política de Saúde Mental, seguindo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, preconiza que o cuidado às pessoas em sofrimento psíquico seja realizado no próprio território, através de diversos dispositivos de atenção à saúde. Além dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de Atenção Básica (AB) desempenham um papel crucial ao incorporar o cuidado em saúde mental em suas práticas, fortalecendo a integração com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹².

A importância da articulação e colaboração entre esses serviços é fundamentada na premissa de que a AB deve ser o principal ponto de contato para os usuários, sendo a porta de entrada preferencial e também responsável pela identificação e tratamento precoce de transtornos mentais. Cabe a ela a coordenação da rede de cuidados, oferecendo acolhimento e orientação sempre que necessário. É importante ressaltar que o trabalho colaborativo não apenas possibilita equipes integradas para aprimorar o acesso e a qualidade do cuidado, mas também promove a colaboração

entre equipes dentro do mesmo serviço e com outros serviços, seguindo a lógica do trabalho em rede¹³.

Com isso, a relação entre atenção primária em saúde (APS) e saúde mental na adolescência é de suma importância, pois segue uma direção que consiste na política pública, provocando rupturas no modelo tradicional da assistência em saúde dada a prevalência de distúrbios mentais nessa faixa etária e a necessidade de intervenções precoces e abrangentes. Portanto, os serviços prestados nesta etapa da saúde contribuem para resultados positivos nesse aspecto, como a detecção precoce e intervenção, acolhimento e confidencialidade, proporcionando um ambiente acolhedor e confidencial, abordagem histórica e colaboração interdisciplinar¹⁴.

Nesse sentido, torna-se evidente a importância de priorizar e fortalecer os cuidados com a saúde mental dos adolescentes na atenção primária, para garantir que essa fase crucial da vida seja marcada por desenvolvimento saudável, resiliência e bem-estar.

2 OBJETIVO

Identificar as estratégias de cuidado em saúde mental aos adolescentes na atenção primária à saúde.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa, que tem por objetivo agrupar e sintetizar resultados de pesquisas sobre uma determinada questão, de forma sistematizada, além de identificar lacunas nesse conhecimento, assim como incorporar evidências na prática clínica, contribuindo para o aprofundamento do tema investigado. O modelo que norteará a elaboração desta revisão integrativa¹⁵ é composto por cinco etapas: elaboração da questão de pesquisa (identificação do problema), busca na literatura dos estudos primários, avaliação dos estudos primários, análise dos dados e apresentação da revisão. A pergunta norteadora da pesquisa definida na primeira etapa da operacionalização do estudo foi: Quais são as estratégias de cuidado em saúde mental aos adolescentes na atenção primária à saúde?

A busca bibliográfica dos estudos primários foi realizada em abril de 2024, nas seguintes bases de dados: Web of Science (WOS), PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SCOPUS (Via portal de periódicos CAPES), ScienceDirect, PsycNet. Inicialmente, foi elaborada a estratégia de busca no PubMed com os descritores indexados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Utilizaram-se os descritores (Mental health); (Adolescents); (Primary Care), com auxílio do operador booleano AND.

Base de dados / Data de busca	Estratégia de busca
PubMed 25/04/2024	(Mental health) AND (adolescents) AND (primary care)
Scopus 25/04/2024	(Mental health) AND (adolescents) AND (primary care)
ScienceDirect 25/04/2024	(Mental health) AND (adolescents) AND (primary care)
Web Of Science 25/04/2024	(Mental health) AND (adolescents) AND (primary care)

Lilacs 25/04/2024	(Mental health) AND (adolescents) AND (primary care)
PsycNet 25/04/2024	(Mental health) AND (adolescents) AND (primary care)
Scielo 25/04/2024	(Mental health) AND (adolescents) AND (primary care)

Quadro 1 - Estratégia de busca utilizada nas respectivas bases de dados, Recife, Pernambuco, Brasil, 2024.

Os critérios de seleção das publicações foram elaborados para atender à pergunta do estudo. Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: estudos originais publicados em bases científicas nacionais e internacionais, nos idiomas português, inglês ou espanhol, sem recorte temporal para abranger maior número de artigos, com resumo e texto completo disponível, artigos originais que abordam adolescentes considerando a idade entre 10 e 19 anos conforme a OMS, com problemas de saúde mental com ou sem diagnóstico comprovados pelo médico, sem restrição de sexo e de localização geográfica. Quanto aos critérios de exclusão, estabeleceu-se: Estudos realizados em outro nível de atenção à saúde, livros didáticos, editoriais, cartas, anais de congressos e dissertações/teses. Estudos repetidos foram considerados apenas uma vez e computados na base de dados que incluiu o maior número de artigos.

Para aprimorar a qualidade da coleta dos dados, foi utilizado o aplicativo Rayyan, desenvolvido pelo Qatar Computing Research Institute (QCRI), para auxiliar o processo de organização e seleção dos estudos, bem como a remoção de duplicatas. O processo de seleção dos artigos está descritivo na figura 1.

Identificação de estudos por meio de bancos de dados e registros

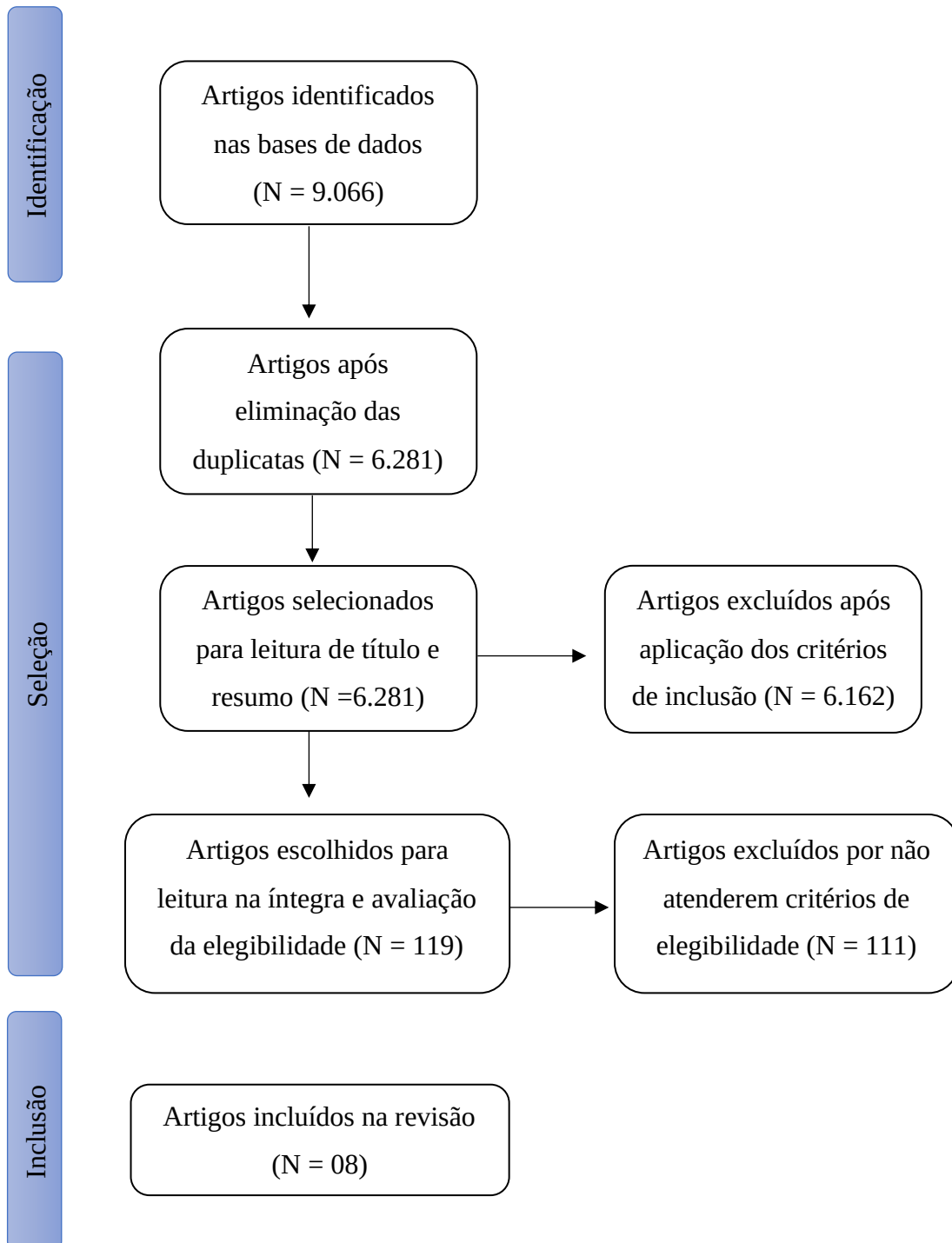


Figura 1 - Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos, elaborado conforme recomendação do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses – PRISMA¹⁶.

Após a busca nas bases de dados, os artigos foram exportados para o gerenciador de referências e software Rayyan Qatar Computing Research Institute (Rayyan QCRI) para remoção dos artigos duplicados e seleção dos artigos, onde dois pesquisadores independentes, avaliaram títulos e resumos seguindo os critérios de inclusão e exclusão. Na terceira etapa, os pesquisadores leram os artigos na íntegra, individualmente, e, em seguida, revisaram-nos em conjunto para se estabelecer um consenso e garantir a fidedignidade na seleção das informações, acurácia e precisão metodológica.

Os artigos selecionados foram criticamente avaliados com base na autenticidade, metodologia, relevância e representatividade das informações para os objetivos do estudo. Em seguida, os dados foram extraídos utilizando um instrumento adaptado e validado para revisões integrativas. As informações foram organizadas em uma planilha do Microsoft Excel, incluindo os seguintes itens: Autor, ano, país de origem, base de dados, tipo de estudo, nível de evidência, local, instrumento, estratégia de cuidado/encaminhamento e dificuldades.

O nível de evidência dos artigos¹⁷ estabelece seis categorias: Nível I – Evidências oriundas de revisões sistemáticas ou metanálises de relevantes ensaios clínicos; Nível II – Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado, evidência moderada; Nível III – Ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível IV – Estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível V – Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos, evidência fraca; Nível VI – Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII – Opinião de autoridades ou relatório de comitês de especialistas.

Sobre a interpretação dos resultados, para entender melhor as reflexões geradas, foram extraídas dos artigos as principais características dos estudos selecionados. A análise dos resultados destacados foi feita de forma descritiva, por meio de uma síntese de cada artigo incluído na revisão integrativa, e interpretada com base na literatura científica atual.

4 RESULTADOS

A amostra final foi composta por oito artigos, publicados entre os anos de 2018 a 2024, no qual a maior prevalência são artigos do ano de 2022 (Quadro 1). Três países do continente americano emergiram entre os artigos selecionados: Estados Unidos da América com quatro, seguido do Brasil com três e Canadá com um artigo. Das bases de dados utilizadas, quatro estudos foram extraídos do Pubmed¹⁸⁻²¹, três do Scielo^{9,22,23} e um do Scopus²⁴. Quanto ao nível de evidência e tipo de estudo, os artigos selecionados apresentaram nível de evidência IV e VI, sendo a maioria VI, dos quais três estudos eram quantitativos^{18,23,24}, três estudos qualitativos^{9,20,22}, um Descritivo de Múltiplos Casos²¹ e um Descritivo transversal¹⁹.

Em relação aos instrumentos para mensurar a depressão, foram utilizados: O Practice Integration Profile (PIP)²¹, Questionário de Saúde do Paciente (PHQ)²⁴, PHQ-9^{19,20}, QI (Qualidade e Inovação)¹⁸, Exercícios de Liberação de Tensão e Trauma (T.R.E.)²³, Pediatric Symptom Checklist (PSC-17)²⁰ e um roteiro de entrevista semi-estruturado^{9,22}.

Em relação às estratégias de cuidado e encaminhamentos, observou-se que as mais destacadas foram o acolhimento e a escuta^{9,22}, seguidos pelo encaminhamento para serviços de saúde mental e especializados^{9,18,19,22,23}.

Durante a revisão dos artigos, constatou-se dificuldades comuns na prestação de cuidados de saúde mental para adolescentes. Uma das dificuldades principais foi o acesso limitado a serviços especializados e a longos tempos de espera para atendimento^{21,23}. A escassez de profissionais treinados e recursos materiais também é uma preocupação recorrente^{9,22}. Outra dificuldade comum é a falta de coordenação e continuidade no cuidado^{20,21}. Problemas na implementação de práticas baseadas em evidências e a falta de protocolos padronizados são barreiras adicionais^{18,24}.

Verificou-se ainda, vários desafios comuns relacionados à prestação de cuidados de saúde mental a adolescentes. Um desafio recorrente é a falta de integração e coordenação entre os diferentes níveis de cuidado^{9,21}, que destacam a dificuldade em garantir a continuidade dos cuidados e a intersetorialidade.

Barreiras práticas referem-se a obstáculos tangíveis e operacionais que dificultam a implementação eficaz de estratégias, protocolos ou ferramentas em um contexto específico. Esses desafios podem incluir, por exemplo, a falta de recursos adequados, a inadequação de materiais ou a dificuldade em adotar e manter práticas padronizadas²⁵. No contexto mencionado^{9,22,23}, essas barreiras práticas, como a implementação inconsistente de ferramentas padronizadas e protocolos, são discutidas e detalhadas^{18,20}. Além disso, a resistência à mudança nos modelos tradicionais de atendimento e a dificuldade em envolver familiares e adolescentes também são destacadas como barreiras práticas^{21,23}.

Autor, ano, país de origem, base de dados	Tipo de estudo, nível de evidência	Local	Instrumento	Estratégia de cuidado/ encaminhamento	Dificuldades	Desafios
Amaral et al., 2018 Brasil Scielo	Quantitativo Nível VI	UBS	T.R.E. (Tension and Trauma Releasing Exercises)	Grupos de Apoio para Pais e Cuidadores; Exercícios de Liberação de Tensão e Trauma (T.R.E.). Encaminhamento para Serviços especializados.	Escassez de serviços psicológicos e psiquiátricos; Alta demanda por cuidados psicossociais; Necessidade de integrar familiares no tratamento;	Implementação de soluções inovadoras.
Silva et al., 2019 Brasil Scielo	Qualitativo Nível VI	UBS	Roteiro de entrevista semiestruturada.	Acolhimento, escuta e consultas voltadas para a demanda desse adolescente; Encaminhamento para unidades de urgência/emergência, CAPS III e CAPS infanto-juvenil.	Adesão do adolescente ao serviço da ABS; Falta de profissionais e recursos; Problemas de intersetorialidade.	Acesso limitado dos adolescentes aos serviços da ABS; Estigma e marginalização em torno da saúde mental do adolescente; Falta de ações específicas para adolescentes na ABS;

						Formação e capacitação dos profissionais de saúde.
Harder et al., 2019 EUA PubMed	Quantitativo Nível V	Consultórios pediátricos	Aprendizagem colaborativa de QI	Triagem; intervenção em consultório; Acompanhamento com profissionais de cuidados primários; Prescrição de medicamentos para depressão; Encaminhamento para profissionais de saúde mental.	Comunicação com recursos de referência; Impacto do QI nos sistemas de escritório.	Auto-seleção dos Pediatras Participantes; Uso Inconsistente de Ferramentas Padronizadas.
Chowdhury et al., 2020 Texas EUA Scopus	Quantitativo Nível VI	Clínica Pediátrica de Atenção Primária.	Questionário de Saúde do Paciente (PHQ)	Encaminhamento para cuidados ambulatoriais de saúde mental comunitária.	Limitações no acompanhamento; Desigualdade nos tipos de encaminhamentos; Falta de protocolos padronizados.	Rastreamento dos adolescentes; Acesso aos cuidados de saúde mental após triagem.

Costello et al., 2021 EUA PubMed	Descritivo Transversal Nível IV	APS	PHQ-9A (Patient Health Questionnaire-9 Item Modified for Adolescents).	Planos de Tratamento Personalizados; Monitoramento Contínuo; Encaminhamento para Serviços de emergência.	Transformação nas Práticas; Cansaço; Fadiga e redução no desempenho da equipe.	Subidentificação e Subtratamento da Depressão na Adolescência; Implementação das Diretrizes GLAD-PC; Barreiras Práticas nos Cuidados Primários.
Dalal et al., 2022 EUA PubMed	Qualitativo Nível IV	Rede de consultórios pediátricos	Pediatric Symptom Checklist (PSC- 17); Patient Health Questionnaire (PHQ-9).	Triagem de Depressão; Intervenções relacionadas ao estilo de vida; Acompanhamento para adolescentes em risco; prescrição de medicamentos psicotrópicos e intervenções para gerenciamento de estresse;	Falhas na Prescrição de medicações; Erros na Dispensação de medicações; Problemas na Comunicação entre os profissionais;	Baixa concordância entre informações; Dificuldades na implementação do PHQ-9; Limitações na documentação e no encaminhamento.

				Encaminhamentos para profissionais de saúde mental.		
Pessoa et al., 2022 Brasil Scielo	Qualitativo Nível IV	UBS	Entrevista semiestruturada	Acolhimento e escuta qualificada; Orientações sobre os riscos associados à ideação suicida; Acompanhamento contínuo; Apoio multiprofissional; Encaminhamento para serviços especializados em saúde mental.	Falta de capacitação específica; Falta de recursos materiais e humanos nas unidades básicas de saúde; Preconceito e estigmatização; Sobrecarga de trabalho; Falta de articulação intersetorial.	Implementação da entrevista; Planejamento de ações para a demanda de saúde mental dos adolescentes.
Sarakbi et al., 2024 Canadá PubMed	Descritivo de múltiplos casos Nível VI	Clínicas de saúde mental	Practice Integration Profile (PIP) cuidados primários (CP)	Facilitar o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde mental transportando-os para a clínica;	Acesso limitado a especialistas em saúde mental; Longos tempos de espera para tratamento;	Implementação de Práticas de Cuidados Baseados em Evidências;

				Oferecer opções virtuais para tratamento e consultas de acompanhamento; Encaminhamento para serviços não clínicos na comunidade, como serviços sociais.	Escassez de clínicos treinados em terapias comportamentais baseadas em evidências; Dependência de medicações; Falta de coordenação e continuidade no cuidado.	Integração de Serviços de Saúde Mental nos Cuidados Primários; Apoio e sustentação de políticas públicas; Resistência à mudança dos modelos tradicionais de atendimento; Participação dos adolescentes e suas famílias.
--	--	--	--	---	--	---

Fonte: Adaptação de GRANER et al. (2019, p. 1337).

Nota:

*UBS- Unidade Básica De Saúde

*USF- Unidade De Saúde Da Família

*DF- Distrito Federal

*QI- Qualidade e Inovação

5 DISCUSSÃO

Dos oito artigos analisados, há prevalência de publicações dos Estados Unidos da América (EUA), seguidos do Brasil e Canadá. A atenção primária à saúde (APS) é a porta de entrada para os sistemas de saúde e desempenha um papel fundamental na promoção, prevenção e cuidado contínuo²⁷. A APS é abordada de maneira similar no Brasil e Canadá. No entanto, existem diferenças significativas entre os modelos adotados pelos Estados Unidos e pelo Brasil, que influenciam diretamente o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos, especialmente para adolescentes que necessitam de cuidados em saúde mental.

Nos Estados Unidos, o sistema de saúde é majoritariamente privado, baseado em seguros de saúde e isso gera barreiras financeiras significativas para muitos adolescentes²⁸. Embora existam programas públicos, como o Medicaid, o acesso a serviços de saúde mental na APS é limitado para aqueles que não possuem seguro adequado²⁸. Além disso, a fragmentação do sistema dificulta a continuidade do cuidado, especialmente em relação a serviços especializados em saúde mental²⁹. Já no Canadá, a atenção primária é integrada ao sistema público de saúde, o que reflete o compromisso do país com um modelo universal e acessível para todos os cidadãos. O sistema de saúde canadense oferece cobertura para cuidados médicos essenciais, incluindo serviços de saúde mental²⁷. A organização e a prestação desses serviços variam de acordo com as províncias e territórios, que têm autonomia para gerenciar a saúde em suas regiões³⁰.

O Brasil conta com um sistema de saúde universal e gratuito, o Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece ampla cobertura de Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo cuidados em saúde mental, como o CAPS em seus diversos níveis, Consultório de rua, fornecidos pelas Redes de Atenção psicossocial (RAPS), no qual o SUS busca integrar ações, promovendo uma abordagem mais comunitária e preventiva³⁰.

Os instrumentos mencionados nos artigos são cruciais para avaliar e aprimorar os cuidados em saúde mental para adolescentes. O Practice Integration Profile (PIP)²¹, utilizado por um dos artigos, mede a integração dos serviços de saúde mental nos cuidados primários, enquanto os roteiros e entrevistas semiestruturados^{9,22}, exploram qualitativamente as experiências dos adolescentes em unidades de saúde. O PHQ e sua versão modificada para adolescentes, o PHQ-9^{19,20,24}, são usados para triagem e diagnóstico de transtornos mentais, como depressão. Já a aprendizagem colaborativa de QI (Qualidade e Inovação)¹⁸ envolve profissionais de diferentes áreas trabalhando juntos para melhorar os serviços e o cuidado oferecido aos pacientes, promovendo a troca de conhecimentos e experiências entre os membros da equipe, permitindo a identificação conjunta de problemas e a co-criação de soluções inovadoras. Além disso, os T.R.E. (Exercícios de Liberação de Tensão e Trauma)²³ ajudam a aliviar sintomas físicos e emocionais relacionados ao trauma, e o Pediatric

Symptom Checklist (PSC-17)²⁰ identifica problemas psicossociais em crianças e adolescentes. Esses instrumentos permitem uma abordagem integrada e eficaz para a detecção precoce e o tratamento de questões de saúde mental.

Em relação as abordagens para o cuidado aos adolescentes apresentadas nos artigos, refletem tanto a complexidade das demandas de saúde mental quanto diferentes realidades de recursos e capacidades dos serviços de saúde. Estratégias como os Exercícios de Liberação de Tensão e Trauma (T.R.E.) e os grupos de apoio²⁰ para pais e cuidadores são valiosos por seu olhar integral ao incluir os pacientes e sua rede de apoio, o que pode ser particularmente eficaz em contextos onde a saúde mental está intimamente ligada ao ambiente familiar³¹. No entanto, a implementação dessas estratégias enfrenta desafios significativos, como a escassez de serviços especializados e a necessidade de capacitação de facilitadores, o que limita sua aplicabilidade em larga escala²¹⁻²³.

Em contrapartida, as estratégias de acolhimento e escuta qualificada^{9,22} e triagem^{18,20} em consultórios pediátricos são mais focadas na resposta imediata às necessidades dos adolescentes, utilizando protocolos padronizados e intervenções rápidas. Essas abordagens são essenciais para a identificação precoce e tratamento imediato dos transtornos mentais, especialmente em ambientes de atenção primária, mas enfrentam obstáculos como a falta de recursos, adesão dos adolescentes aos serviços e o estigma associado à saúde mental^{9,21,22}. Além disso, há uma necessidade de maior integração entre os serviços de saúde mental e outras áreas, como educação e assistência social, para proporcionar um cuidado mais abrangente e coordenado.

As intervenções relacionadas ao estilo de vida e ao gerenciamento de estresse²⁰ representam uma abordagem preventiva importante, destacando-se pela promoção de comportamentos saudáveis e pela gestão de fatores de risco. No entanto, essas intervenções também dependem de uma infraestrutura de apoio e de profissionais capacitados para serem efetivas^{9,21,22}. Por fim, a oferta de opções virtuais e a facilitação do acesso são estratégias inovadoras que têm o potencial de melhorar significativamente o acesso aos cuidados de saúde mental, especialmente em regiões com limitações de deslocamento e recursos³². No entanto, essas abordagens precisam enfrentar desafios como a desigualdade no acesso à tecnologia e a necessidade de garantir a qualidade e a continuidade do atendimento.

Os encaminhamentos para a saúde mental de adolescentes variam em complexidade e abordagem, refletindo diferentes níveis de necessidade e recursos disponíveis. Encaminhamentos para serviços especializados, como CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) infanto-juvenil e serviços de urgência/emergência^{9,18,19,22,23}, são utilizados principalmente quando há uma necessidade imediata de intervenção intensiva ou especializada, especialmente em casos graves ou de risco, como ideação suicida²².

Por outro lado, encaminhamentos para cuidados comunitários de saúde mental, como aqueles realizados em clínicas pediátricas de atenção primária^{20,21,24}, geralmente seguem uma triagem inicial e são indicados para casos moderados que requerem acompanhamento contínuo e intervenções mais leves, como terapia ou gestão de medicamentos²⁰.

Encaminhamentos para serviços não clínicos, incluindo apoio social e serviços virtuais²¹, buscam facilitar o acesso, reduzir barreiras geográficas e sociais, oferecendo uma alternativa conveniente para adolescentes que enfrentam dificuldades de deslocamento ou estigma. Cada tipo de encaminhamento é adaptado para atender às especificidades do paciente ao contexto de cuidado, buscando otimizar a eficácia do tratamento e garantir a continuidade do cuidado^{19,22}.

Em suma, a análise das estratégias de cuidado e encaminhamento revela que, embora cada abordagem tenha seus méritos e desafios específicos, há uma necessidade clara de desenvolver modelos de atenção que sejam flexíveis, integrados e adaptados às realidades locais^{9,22,23}. O sucesso na implementação dessas estratégias depende não apenas da disponibilidade de recursos, mas também de uma compreensão profunda das necessidades dos pacientes e de um compromisso com a capacitação contínua dos profissionais de saúde com redução do estigma associado à saúde mental. Portanto, é crucial que futuras pesquisas e políticas públicas se concentrem em abordar essas lacunas e promover uma abordagem mais integrada e eficaz para o cuidado da saúde mental de crianças e adolescentes.

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitações, pode-se citar a escassa disponibilidade de artigos e pesquisas consolidadas sobre o tema. Embora a saúde mental seja uma área crescente de interesse, ainda há uma lacuna na literatura específica sobre a abordagem voltada para adolescentes nesse nível de atenção, especialmente em contextos de países em desenvolvimento como o Brasil. Essa escassez de referências dificulta a fundamentação teórica e a construção de um panorama abrangente sobre as práticas e desafios enfrentados na atenção básica. Além disso, a falta de estudos comparativos e de intervenções bem documentadas pode limitar a análise crítica e a proposição de soluções embasadas cientificamente.

5.2 CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM, SAÚDE OU POLÍTICA PÚBLICA

O estudo pode auxiliar no desenvolvimento de práticas baseadas em evidências, identificando estratégias eficazes para o cuidado em saúde mental de adolescentes, o que pode resultar na criação de protocolos e diretrizes específicas para a atuação de enfermeiros na Atenção Primária à

Saúde (APS). Além disso, o trabalho pode destacar a importância da capacitação profissional, promovendo a formação continuada dos enfermeiros para melhorar a identificação e o manejo de problemas de saúde mental nessa faixa etária, contribuindo para a promoção da saúde mental como parte integrante do bem-estar geral dos adolescentes, incentivando a detecção precoce e o tratamento adequado de transtornos mentais, fornecendo informações valiosas que influenciam a formulação de políticas voltadas à saúde mental dos adolescentes, especialmente na APS.

6 CONCLUSÕES

Os resultados apresentados nesta revisão integrativa ressaltam a importância crescente da atenção à saúde mental dos adolescentes no âmbito da atenção primária, considerando que esta fase da vida é marcada por mudanças biológicas, psicológicas e sociais que podem impactar profundamente o bem-estar dos jovens. Diante disso, a atenção primária à saúde (APS) emerge como um espaço crucial para intervenções preventivas e de cuidado, proporcionando um ponto de contato acessível e próximo à realidade dos adolescentes.

O presente estudo destaca que, para que a APS desempenhe esse papel de forma eficaz, é necessário investir na capacitação contínua dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, que atuam na linha de frente do atendimento. A criação de protocolos específicos para o cuidado da saúde mental de adolescentes, baseados em evidências, pode facilitar a detecção precoce de transtornos e garantir um encaminhamento adequado para serviços especializados, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), quando necessário. Além disso, o acolhimento e a escuta qualificada mostraram-se estratégias essenciais no manejo de questões emocionais, promovendo uma abordagem humanizada e respeitosa às necessidades dos adolescentes.

Outro ponto central é a necessidade de articular o cuidado em saúde mental com outras áreas, como a educação e a assistência social, promovendo uma rede de suporte intersetorial que possa atender de forma integral às demandas dos adolescentes. A colaboração entre diferentes setores e profissionais pode contribuir para um cuidado mais coordenado, com foco na prevenção, promoção de saúde e tratamento adequado. Ademais, o estudo reforça a importância de combater o estigma associado aos transtornos mentais, criando ambientes de cuidado mais acolhedores e acessíveis, que incentivem os jovens a buscarem ajuda sem medo de julgamento.

Ademais, este trabalho aponta para a necessidade urgente de políticas públicas que fortaleçam a atenção primária como porta de entrada para o cuidado em saúde mental dos adolescentes, com a alocação adequada de recursos e o desenvolvimento de programas que considerem as especificidades dessa faixa etária. Com investimentos em capacitação profissional, criação de políticas voltadas para a promoção da saúde mental, e uma abordagem intersetorial, é possível garantir que os adolescentes tenham acesso a um cuidado de qualidade, que contribua para seu desenvolvimento saudável e seu bem-estar integral. Assim, este estudo reforça a importância de integrar a saúde mental de adolescentes como uma prioridade na agenda da atenção primária à saúde, promovendo uma resposta eficaz às demandas dessa população.

REFERÊNCIAS

1. **BRASIL. Ministério da Saúde.** Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.
2. **United Nations Population Fund (UNFPA).** State of world population 2019. Unfinished Business: The pursuit of rights and choices for all. Nova York: UNFPA, 2019. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2019_EN_State_of_World_Population.pdf>. Acesso em: 09 set. 2024.
3. **BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.** Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: <<https://cutt.ly/yECVBmB>>.
4. **SANTOS, F. P.; NEGREIROS, F.** Saúde do estudante adolescente brasileiro: revisão sistemática da literatura. Revista de Psicologia Educação e Cultura, v. 25, n. 3, p. 38-55, 2021.
5. **BRASIL. Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.
6. **SOUZA, T. T. et al.** Promoção em saúde mental de adolescentes em países da América Latina: uma revisão integrativa da literatura. Ciência & Saúde Coletiva [online], v. 26, n. 07, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07242021>>.
7. **GABRIEL, I. M. et al.** Autolesão não suicida entre adolescentes: significados para profissionais da educação e da Atenção Básica à Saúde. Escola Anna Nery, v. 24, n. 4, p. e20200050, 2020.
8. **SOARES, G. G.** Sofrimento psíquico e adolescência: reflexões acerca dos sentidos atribuídos à adolescência. Boletim de Conjuntura (BOCA), Boa Vista, v. 4, n. 10, p. 100–107, 2020. DOI: 10.5281/zenodo.4073586. Disponível em: <<https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/57>>.
9. **SILVA, J. F. DA et al.** Adolescência e saúde mental: a perspectiva de profissionais da Atenção Básica em Saúde. Interface - Comunicação Saúde Educação, v. 23, p. e18063, 2019.
10. **TEIXEIRA, L. A. et al.** Mental Health Needs of Adolescents and the nursing cares: Integrative Review. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 29, p. e20180424, 2020.

11. **SILVA, R. F.; ENGSTROM, E. M.** Atenção integral à saúde do adolescente pela Atenção Primária à Saúde no território brasileiro: uma revisão integrativa. *Interface - Comunicação Saúde Educação*, v. 24, p. e190548, 2020.
12. **SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO, José Patrício.** Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública* [online], v. 37, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>>.
13. **GONTIJO, T. A. M. et al.** Saúde mental dos adolescentes em uma Unidade Básica de Saúde de Minas Gerais. *Brazilian Journal of Health Review* [S. l.], v. 6, n. 4, p. 17952–17958, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n4-308. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/62280>>.
14. **SOUZA, A. C.; AMARANTE, P. D.; ABRAHÃO, A. L.** Inclusion of mental health in primary health care: care strategy in the territory. *Rev Bras Enferm.*, v. 72, n. 6, p. 1677-83, 2019. DOI: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806>>.
15. **WHITTEMORE, R.; KNAFL, K.** The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.*, v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005. DOI: <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>>.
16. **PAGE, Matthew J. et al.** A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 31, n. 2, e2022107, 2022. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742022000201700&lng=pt&nrm=iso>.
17. **MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E.** Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2005. p. 3-24.
18. **HARDER, Valerie S.; et al.** Improving Adolescent Depression Screening in Pediatric Primary Care. *Academic Pediatrics*, v. 19, n. 8, p. 925-933, 2019.
19. **COSTELLO, Lisa H.; et al.** Addressing Adolescent Depression in Primary Care: Building Capacity Through Psychologist and Pediatrician Partnership. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, v. 28, n. 1, p. 53-66, mar. 2021. Disponível em: <https://www.proquest.com/openview/dadd7c7e6d1814173bbb33442099dedb/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=6420649>.

20. **DALAL, M.; et al.** Identifying and responding to depression in adolescents in primary care: A quality improvement response. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2023 Apr;28(2):623-636. doi: 10.1177/13591045221105198. Epub 2022 Jun 1. PMID: 35642512.
21. **SARAKBI, D.; et al.** Supporting Quality Integrated Care for Adolescent Depression in Primary Care: A Learning System Approach. *Int J Integr Care*. 2024 Feb 1;24(1):6. doi: 10.5334/ijic.7685. PMID: 38312480; PMCID: PMC10836164.
22. **PESSOA, Denise Mayara de Souza et al.** Assistência de enfermagem na atenção primária à saúde de adolescentes com ideações suicidas. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 24, e-1290, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200019>.
23. **AMARAL, M. A. do; et al.** Soluções inovadoras para a promoção da saúde mental de adolescentes na atenção primária. *Revista Adolescência e Saúde*, v. 15, n. 1, p. 66-72, 2018.
24. **CHOWDHURY, Taskina; CHAMPION, Jane Dimmitt.** Outcomes of depression screening for adolescents accessing pediatric primary care-based services. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 52, p. 25-29, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.02.036>.
25. **Labrague, L. J., McEnroe–Petitte, D. M., Leocadio, M. C., & Van Bogaert, P. (2021).** Barriers and facilitators of evidence-based practice among nurses: A systematic review. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(4), 357-365. doi: 10.1111/jonm.13010.
26. **GRANER, K. M.; CERQUEIRA, A. T. de A. R.** Revisão integrativa: sofrimento psíquico em estudantes universitários e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 4, p. 1327–1346, abr. 2019.
27. **BRANDÃO, José Ricardo de Mello.** The Canadian Primary Health Care Systems from a Brazilian perspective: discussing Starfield’s Attributes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1413-1419, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31802019>>.
28. **PINTO, Rosa Maria Ferreiro et al.** O sistema de saúde americano e seus aspectos jurídicos. Edição 19–Junho 2020. Disponível em: <http://each.uspnet.usp.br/flamori/images/TCC_Cinthia_2012.pdf>.
29. **PINTO, Rosa Maria Ferreiro et al.** O acesso a cuidados de saúde mental no Medicaid: limitações e fragmentação dos serviços nos Estados Unidos. *Revista de Políticas de Saúde*, v. 22, n. 3, p. 45-60, 2021. Disponível em: <<http://doi.org/10.1234/abc123>>.

30. **FURTADO, João Paulo et al.** O papel das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) no cuidado à saúde mental no Brasil: avanços e desafios. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, n. 2, p. 1-10, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/abc123>>.
31. **McLaughlin, K. A., & Weissman, D. (2022).** Environmental influences on adolescent mental health: The role of family dynamics and social contexts. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18, 259-285. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-033021-010517.
32. **Mendes, E. A. (2019).** *O conceito de atenção básica e a evolução das práticas de saúde no Brasil.* *Cadernos de Saúde Pública*, 35(7), e00066919. doi: 10.1590/0102-311X00066919.

ANEXOS

Anexo A

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS*

Código do estudo: ____

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores: _____ _____	Graduação _____ Nome _____ Local de trabalho _____
País	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Instituição sede do estudo.	
Hospital	
Universidade	
Centro de pesquisa	
Instituição única	
Pesquisa multicêntrica	
Outras instituições	
Não identifica o local	
C. Tipo de publicação.	
Publicação de enfermagem	
Publicação médica	
Publicação de outra área da saúde. Qual?	
D. Características metodológicas do estudo	

1. Tipo de publicação	1.1 Pesquisa ☐ Abordagem quantitativa ☐ Delineamento experimental ☐ Delineamento quase-experimental ☐ Delineamento não-experimental ☐ Abordagem qualitativa 1.2 Não pesquisa ☐ Revisão de literatura ☐ Relato de experiência ☐ Outras_____
2. Objetivo ou questão de investigação:	
3. Amostra	3.1 Seleção ☐ Randômica ☐ Conveniência ☐ Outra_____ 3.2 Tamanho (n) ☐ Inicial_____ ☐ Final_____ 3.3 Características Idade_____ Sexo: M ☐ F ☐ Raça_____ Diagnóstico_____ Tipo de cirurgia_____ 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos_____
4. Tratamento dos dados:	
5. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente_____ 5.2 Variável dependente_____ 5.3 Grupo controle: sim ☐ não ☐ 5.4 Instrumento de medida: sim ☐ não ☐
	5.5 Duração do estudo_____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção_____

6. Resultados	
7. Análise	7.1 Tratamento estatístico_____ 7.2 Nível de significância_____
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados_____ _____ 8.2 Quais são as recomendações dos autores _____ _____
9. Nível de evidência:	
E. Avaliação do rigor metodológico	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)	
Identificação de limitações ou vieses	

*Validado por Ursi, 2005.

1. POLÍTICA EDITORIAL

A REBEn é um periódico de acesso aberto (open access) revisado por pares que tem a missão de divulgar a Ciência da Enfermagem e da Saúde. Aceita manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. É publicada somente na versão eletrônica e em fluxo contínuo. Os conteúdos publicados na REBEn estão sob licença da Creative Commons (CC-BY) Atribuição 4.0 Internacional. Manuscritos redigidos em português ou espanhol, deverão ser traduzidos para o inglês, em sua versão final, após o aceite do artigo. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à REBEn, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). A REBEn tem a política consolidada de preservação digital juntamente com o SciELO. A REBEn endossa as práticas de ciência aberta que consistem no conhecimento transparente e acessível que é compartilhado e desenvolvido por meio de redes de trabalhos colaborativos (FOSTER Open Science Definition). Diante desta definição, e objetivando aumentar o rigor, a responsabilidade e a reprodutibilidade da pesquisa em prol da

transparência, qualidade e rapidez, conforme as recomendações TOP - Transparency and Openess Promotion, a REBEn aceita manuscritos provenientes de servidores preprints para o processo de avaliação pelos pares.

2. CATEGORIAS DE MANUSCRITOS

A REBEn considera para publicação somente os artigos que atendem aos padrões de qualidade estabelecidos pelas diretrizes para produção de pesquisa em saúde – Enhancing the Quality and Transparency of Health Research Network (EQUATOR). É obrigatório indicar no método em desenho do estudo qual instrumento do Equator foi utilizado para nortear a pesquisa e as revisões sistemáticas devem seguir as orientações atualizadas no guideline PRISMA[4].O não cumprimento dessa norma levará ao arquivamento do manuscrito.

Tipos de artigos considerados:

- Editorial: texto sobre assunto de interesse para o momento histórico ou a produção do conhecimento com repercussão para Enfermagem e Saúde. Pode conter até duas (2) páginas, incluindo até quatro referências, quando houver.

- Artigos originais: estudos que agreguem informações novas para a área da Enfermagem e da Saúde. Estão incluídos nesta categoria: ensaios clínicos randomizados, estudos de caso-controle, coorte, prevalência, incidência, estudos de acurácia, estudo de caso e estudos qualitativos. Os artigos originais devem conter um máximo de quinze (15) páginas, incluindo os resumos, 50 referências e até oito autores.

- Revisão: utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Estão incluídos nesta categoria: revisão sistemática com e sem meta- ou metassíntese e revisão de escopo. As revisões devem conter no máximo de vinte (20) páginas, incluindo os resumos, 50 referências e até seis autores.

- Reflexão – Formulação discursiva aprofundada, focalizando um conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos ou práticos. Deve conter no máximo dez (10) páginas, incluindo os resumos, dez referências e até quatro autores.

- Relato de Experiência, Atualização e/ ou Inovação Tecnológica – Estudo que se descreve situações da prática e/ou inovação tecnológica (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter no máximo dez (10) páginas, incluindo os resumos, dez referências e até quatro autores.

- Carta ao Editor - máximo uma página.
- Resposta do autor - máximo 250 palavra.

3. PREPARO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos somente serão aceitos, para avaliação, se estiverem rigorosamente de acordo com o modelo disponível nos Templates e preparados da seguinte forma: Arquivo do Microsoft Office Word, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas, parágrafos com recuo de 1,25 cm.

3.1 Página de Título (Template 1)

- Título do artigo: até 15 palavras, no máximo, no idioma do manuscrito. Recomenda-se que o título seja composto utilizando pelo menos 3 descritores;
- Autoria: Nome completo dos autores. A afiliação de cada autor deve conter as informações: universidade, cidade, país e ORCID (todos os autores devem ter o identificador ORCID – Open Researcher and Contributor ID); o Um autor correspondente deve ser indicado com o endereço do e-mail e foto.
- Resumo: resumo limitado a 150 palavras no mesmo idioma do manuscrito. Deverá estar estruturado em Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões ou Considerações Finais;
- Descritores: devem ser inseridos logo abaixo do resumo. Incluir cinco descritores nos três idiomas (português, inglês e espanhol). Descritores em português e espanhol devem ser extraídos do DeCS e em inglês do MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> ou <https://meshb.nlm.nih.gov/MeSHonDemand>);
- Fomento e Agradecimento: Informar a instituição de fomento. Agradecimentos são opcionais para participantes não considerados autores.

3.2 Estrutura do texto

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito e no resumo. Para tabelas e figuras com abreviações é obrigatório inserir em nota de rodapé da tabela ou figura. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses após o termo por extenso.

- O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, e

- Nas citações de autores, *ipsis litteris*:

Com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto;

No caso de fala de depoentes ou sujeitos de pesquisa, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte Times New Roman tamanho 11, espaçamento simples entre as linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

- Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte Times New Roman tamanho 11, espaçamento simples entre as linhas, sem itálico e recuo de 3 cm da margem esquerda.

- As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto;

Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5)].

Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5).], quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5).].

- As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável.
- Apêndices e anexos serão desconsiderados.

3.3 Documento Principal (Template 2)

O documento principal, sem identificação dos autores, deve conter:

- Título do artigo: até 15 palavras, no máximo, no idioma do manuscrito. Componha seu título utilizando pelo menos 3 descritores;

- Resumo e os descritores: resumo limitado a 150 palavras no mesmo idioma do manuscrito. Deverá estar estruturado (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões ou Considerações Finais).

- Descritores: devem ser inseridos logo abaixo do resumo. Incluir cinco descritores nos três idiomas (português, inglês e espanhol). Para descritores em português e espanhol devem ser extraídos do DeCS: <http://decs.bvs.br> e inglês do MeSH: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> ou <https://meshb.nlm.nih.gov/MeSHonDemand>.

- Corpo do texto: consiste no corpo do manuscrito, propriamente dito. A estrutura do manuscrito nas categorias pesquisa e revisão é: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões (para pesquisa quantitativa) ou considerações finais (pesquisa qualitativa); todos os subtítulos devem ser destacados em negrito no texto.

- Ilustrações: tabelas, quadros e figuras, como fotografias, desenhos, gráficos, entre outros devem ser apresentadas no corpo do manuscrito e ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco.

- Figuras e Tabelas Figuras: Devem ter obrigatoriamente legendas, sendo para figura a legenda deve ser na parte inferior e a identificação de tabelas e quadros deve estar na parte superior, seguida do número de ordem de sua ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título (Ex.: Tabela 1 – título). A fonte consultada deverá ser incluída abaixo das imagens somente se for de dados secundários. As tabelas devem ser padronizadas conforme recomendações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Normas de apresentação tabular. 3. ed. Rio de Janeiro, 1993, disponíveis em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>.

- As ilustrações devem ser enviadas em seus arquivos editáveis originais dos programas de origem, ou exportados vetorizados nos formatos EPS ou PDF.

- Abreviações devem ser inseridas por extenso em nota de rodapé da tabela e/ou figura.

- Subtítulos: os subtítulos do Método e Discussão devem ser destacados em negrito conforme recomendação do CHECKLIST.

- Disponibilidade de Dados e Material: Informar somente o link, de preferência DOI, do dataset onde está depositado o material.

- Fomento e Agradecimentos deverão ser citados antes do capítulo das referências. Em Fomento é obrigatório citar fonte de fomento à pesquisa (se houver). Esta informação deve ser inserida na versão final após aceite. Em Agradecimentos são opcionais às pessoas que contribuíram para a realização do estudo, mas não se constituem autores e devem ser apresentados na versão final após aceite.

- Referências: o número de referências é limitado conforme a categoria do manuscrito. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e conforme o estilo indicado pelo Comitê Internacional de Editores Científicos de Revistas Biomédicas (ICMJE). Exemplos do estilo de Vancouver estão disponíveis por meio do site da National Library of Medicine (NLM) em Citing Medicine <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>. No mínimo, 50% das referências devem ser preferencialmente produções publicadas nos últimos 5 anos e destas, 20% nos últimos 2 anos. A REBEn sugere que 40% das referências sejam de revistas brasileiras, da coleção SciELO e RevEnf.

- Para os artigos disponibilizados em português e inglês, deve ser citada a versão em inglês, com a paginação correspondente. Evitar citações de teses, dissertações, livros e capítulos, jornais ou revistas não científicas (Magazines) e no prelo, exceto quando se tratar de referencial teórico (Ex: Handbook Cochrane). A REBEn incentiva o uso do DOI, pois garante um link permanente de acesso para o artigo eletrônico. Para artigos ou textos publicados na internet que não contenham o DOI,

indicar o endereço da URL completa bem como a data de acesso em que foi consultada. Serão aceitas até 3 referências de preprint (opcional). Sugestão: A REBEn aceita referências de preprint desde que extremamente necessária. Sugerimos fortemente que durante o processo de avaliação por pares e a prova de prelo os autores verifiquem se a versão citada já foi publicada e atualizem com a referência do periódico correspondente.